

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>（一）114 年 3 月 29 日至 4 月 14 日住院(○○醫院)。</p> <p>（二）114 年 4 月 14 日、5 月 13 日及 6 月 2 日計 3 次門診(○○醫院)。</p> <p>三、醫療費用：自付新臺幣(下同)3 萬 2,003 元(包含住院部分負擔 1 萬 5,587 元及 3 次門診部分負擔各 160 元、540 元、240 元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>（一）114 年 3 月 29 日至 4 月 14 日於○○醫院住院及 114 年 4 月 14 日於○○醫院門診就醫，非屬重大傷病生效範圍，另 114 年 5 月 13 日就醫，非重大傷病相關治療，皆不予給付。</p> <p>（二）核退 114 年 6 月 2 日門診(○○醫院)部分負擔費用 240 元。</p> <p>五、申請人主張其 114 年 3 月 29 日因腹痛至○○醫院急診就醫，經診斷疑似大腸癌，住院施行人工造瘻，後因治療需求轉至○○醫院，經○○醫院直外科診斷為大腸癌，且經健保署核定為重大傷病，故申請大腸癌治療之重大傷病核定前○○醫院及醫院部分負擔減免。因 114 年 3 月 29 日至 4 月 14 日於○○醫院住院施行人工造瘻，腫瘤並未切除，114 年 4 月 14 日轉至○○醫院續做治療，目前腫瘤尚未切除。第 1 次○○醫院大腸鏡切片疑似切片面積太小，未給予判定是否為重大傷病，第 2 次於○○醫院大腸鏡切片檢查，判定為重大傷病，兩次大腸鏡切片檢查係為同一腫瘤，僅因於第 2 次切片才核定為重大傷病，故先前於○○醫院的治療，應該給予部分負擔減免云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>（二）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>（一）申請人申請爭議審議理由主張係因腹痛於 114 年 3 月 29 日至○○醫院急診，經診斷為結腸腫瘤併腸阻塞，於 114 年 3 月 29 日至 4 月 14 日住院治療，然該治療期間未有申請人申請重大傷病</p>

資格相關紀錄，另查該醫院醫療費用申報資料，亦未呈現惡性腫瘤之相關診斷。

(二) 經查申請人重大傷病申請紀錄及核定資料，重大傷病申請日為114年6月3日，診斷書為114年6月2日由○○醫院開立，檢視該診斷書開立內容，病名為「乙狀結腸惡性腫瘤第3期」，係為○○醫院所屬醫師確診，且所送病理檢驗報告中並未提及或採用申請人於○○醫院住院期間相關治療或檢驗報告，不符全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法規定，爰不予核退部分負擔之費用。

(三) 另申請人114年4月14日門診就醫，雖主診斷碼與重大傷病疾病代碼相同，但該次門診就醫時間不在重大傷病生效的範圍內。至114年5月13日門診就醫科別為心臟內科，經查申請人當天就醫紀錄，主診斷與次診斷皆非為重大傷病疾病代碼，不屬於重大疾病相關治療，依法均不予核付。

三、按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項前段所明定。又依同辦法第6條第1項第1款及第2項規定：「(第1項第1款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」「(第2項)保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

四、本件經審查卷附「診斷證明書」、「全身型電腦斷層檢查報告」、「內視鏡檢查報告」、「病患檢驗期間彙整報告」、「重大傷病申請資料維護」、「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、「住診清單查詢」、「清單醫令查詢」、「醫療費用收據」等相關資料影本及健保署

意見書、補充意見記載，認為健保署核發申請人診斷代碼「C187」（乙狀結腸惡性腫瘤）之重大傷病證明，係依據○○醫院 114 年 6 月 3 日檢附之該醫院 114 年 6 月 2 日診斷證明書，重大傷病證明有效起迄日為 114 年 6 月 3 日提出申請日至 119 年 6 月 2 日，申請人於系爭○○醫院 114 年 3 月 29 日至 4 月 14 日住院及○○醫院 114 年 4 月 14 日、5 月 13 日計 2 次門診，既非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項規定；又健保署據以發給前開重大傷病證明之依據並非申請人於系爭○○醫院之檢驗/病理報告，即無適用全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 2 項規定，例外回溯至重大傷病證明生效日前免除部分負擔費用之餘地，則系爭住院及 2 次門診之部分負擔費用，即應由保險對象自行負擔，健保署未准核退，亦無不合。

五、綜上，健保署未准核退系爭 114 年 3 月 29 日至 4 月 14 日住院及 114 年 4 月 14 日、5 月 13 日門診部分負擔費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。至申請人申請審議併案檢附 114 年 5 月 19 日○○醫院門診之「醫療費用收據[副本]」乙紙，申請核退該次門診部分負擔醫療費用一節，因非本件核定通知書核定範圍，非本件所得審究，該部分尚未經健保署核定，本部業以 114 年 9 月 16 日衛部爭字第 0000000000 號書函移請健保署處理，並副知申請人在案，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 114 年 10 月 27 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」

三、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定為該傷病相關之治療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」